附表八之六

本項經費由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助

健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」陽性個案追蹤表

115 年 1 月

採檢單位名稱：_____，醫事機構代碼：_____

檢驗單位名稱：_____，醫事機構代碼：_____

姓名：_____，身分證字號：_____

聯絡電話：(　)_____，手機：_____

門診日期：___年___月___日

（檢測失效再次檢測門診日期___年___月___日）

轉介/轉診

提供轉介/轉診日期：____年___月___日；轉介/轉診醫事服務機構：_____，科別：_____

醫療處置資料 **胃鏡/除菌藥物治療其一有執行才可填寫醫療處置資料**

除菌藥物治療：

***有無給藥：**□有 □無，原因_____

支付方式：□健保醫療給付 □自費 □其他：_____

開立藥物單位：□原檢測單位 □其他_____

開立日期：___年___月___日

開立天數：□10 天□14 天□其他，_____天

開立除菌藥物項目：□三合一：PPI 加兩種抗生素

□四合一：PPI 加三種抗生素（有 bismuth)

□四合一：PPI 加三種抗生素（無 bismuth)

□二合一：高劑量 PPI 及高劑量 amoxicillin □其他_____

給藥單位：□原檢測單位 □其他_____（醫事機構代碼）

實際服藥日期：___年___月___日，

是否確實服藥：□0.是，□1.否，實際服藥天數_____天，原因_____。

*（備註：確實服藥定義－服藥天數大於開立天數*0.8，例：10 天藥物至少要吃到 8 天，14 天藥物至少要吃到 12 天）*

請依據個案是否有下列副作用情形勾選：

副作用	1.皮膚過敏			2.腸胃道				3.腹			4.頭		5.其他
	紅疹	癢	其他	噁心	嘔吐	胃痛	胃口差	腹痛	腹瀉	脹氣	痛	暈	
服藥後前 5 或 7 日													
服藥後後 5 或 7 日													

胃鏡：

有無胃鏡：□有 □無，原因_____

鏡檢醫事機構代碼：_____；科別：_____

鏡檢日期：____年___月___日，

鏡檢結果：□未發現異常 □胃炎 □胃潰瘍 □十二指腸潰瘍 □胃食道逆流 □胃瘜肉 □胃腫瘤 □胃癌 □黏膜下腫瘤 □其他：_____（可複選）

追蹤關懷紀錄

第 1 次追蹤日期：___年___月___日，追蹤方式：□面訪□電訪□郵寄□電子郵件□其他_____

不願接受進一步檢查或治療理由：

□01.已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ □02.拒絕胃鏡 □03.拒絕服藥治療

□04.拒絕手術或其他治療□05.無法聯繫 □06.其他_____

第 2 次追蹤日期：___年___月___日，追蹤方式：□面訪□電訪□郵寄□電子郵件□其他_____

不願接受進一步檢查或治療理由：

□01.已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ □02.拒絕胃鏡 □03.拒絕服藥治療

□04.拒絕手術或其他治療□05.無法聯繫 □06.其他_____

第 3 次追蹤日期：___年___月___日，追蹤方式：□面訪□電訪□郵寄□電子郵件□其他_____

不願接受進一步檢查或治療理由：

□01.已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ □02.拒絕胃鏡 □03.拒絕服藥治療

□04.拒絕手術或其他治療□05.無法聯繫 □06.其他_____

備註：

※如不願接受進一步檢查或治療理由為 01.已自行至醫院就診，可結案；如為 02 至 06，請於適當間隔進行追蹤並填具 3 次追蹤關懷紀錄。

※如完成醫療處置資料及/或追蹤關懷紀錄，並核付本項預防保健服務費用，本表資料不得修改。

※本表由採檢單位上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。